

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement à caractère personnel.

N° W19-565584

41652

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9619

Société :

RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GRINE Abdesslam

Date de naissance : 08/03/1962

Adresse :

Tél. : 06651122088

Total des frais engagés : 419,30

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur GRINE Mustapha
Médecine Générale
Diabétologie - Diététique - Nutrition
Expert Assessement auprès des Tribunaux
Tél: 05 37 70 99 31

Date de consultation : 27/03/2022

Nom et prénom du malade : Abdesslam GRINE Age:

Lien de parenté : lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Chaque visite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/08/2012	Consultation	1	350	INP : 1010688039 Docteur GRINÉ Médecine Générale Diabétologie - Diététique - Nutrition Centre d'Aurore des Tribunaux 17 77 00 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr EL HAJOUBI G. N° 30 Cité El Hédi Kéf 37 Tél: 05 37 35 81 21	24/08/2020	162,30

INP : 052069846 27/08/2020

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur GRINE Mustapha

MÉDECINE GÉNÉRALE

DIABÉTOLOGIE - DIÉTÉTIQUE
NUTRITION

Expert Assermenté auprès
des Tribunaux

الدكتور كرين المصطفى
الطب العام
داء السكري - التغذية - الحمية
خبير محلل لدى المحاكم

Abdeslam Grine

27/08/2020

1- Spectrum 250 cp



1 cp x 2 / j x 5 j

Après les repas

2- No-Spa forte cp



1 cp x 3 / j

Avant les repas

3- Doliprane 1 g cp eff



1 cp x 3 / j

Après le repas

4- Brexin sachets



1 sachet / j

Après les repas

صيغة النيل
PHARMACIE AL MANAL
Dr. EL HAJJOUJI Sara
G.I N° 30 Ouled Oujih - Kénitra
Tél: 05 37 36 08 21

INP : 052069846

Docteur GRINE Mustapha
Médecine Générale
Diabétologie - Diététique - Nutrition
Expert Assermenté auprès des Tribunaux
Tél: 05 37 70 99 31

شارع علال بن عبد الله رقم 47 مكرر الطابق الأول رقم 2 مقابل وكالة المغرب العربي للأنباء

Av Allal Ben Abdallah N°47 Bis 1er étage N°2 en face de la MAP

الهاتف : 05 37 70 99 31

PPV 15DH80
PER 03/23
LOT J649

LOT 191829
EXP 11/2022
PPV 51.40DH

NO-SPA FORTE 80MG
CP B20
P.P.V:40H00
LOT:19E002
PER.:09/2022
6 118000 061816

LOT 19027
PER DEC 22
PPV 57DH10

15,80

CVR10